

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

новонароджених, які мали клінічні помірні прояви перинатальної патології, порівняно з контролем, був зменшеним ступінь ОМБ (відповідно $65,1 \pm 1,78$ та $73,4 \pm 2,86$ Е/1г білка, $p < 0,05$), поглиблення дисфункції супроводжувалося підвищенням показника ОМБ ($79,0 \pm 1,28$ Е/1г білка). Відповідно зростанню важкості стану новонароджених спостерігався початково високий рівень ЦП з подальшим суттєвим зниженням показника - $63,2 \pm 5,02$ та $35,3 \pm 0,25$ Е/1г білка, у порівнянні з контролем - $43,6 \pm 3,64$ Е/1г білка ($p < 0,05$). Підвищення активності КТ в плазмі крові дітей мало односпрямований характер та характеризувалося показниками $3,2 \pm 0,46$ та $4,4 \pm 0,04$ Е/хв·1г білка у порівнянні з контролем $1,5 \pm 0,17$ Е/хв·1г білка ($p < 0,05$). Помірна тяжкість стану характеризувалася зменшенням рівня НS-груп еритроцитів - відповідно $0,7 \pm 0,02$ та $0,9 \pm 0,07$ МкМSH/1мл ер.маси ($p > 0,05$) і зниженням його рівня у плазмі крові - $1,7 \pm 0,22$ та $1,9 \pm 0,13$ мкмоль/1г білка ($p > 0,05$); зростання важкості стану характеризувалося зниженням показника у плазмі крові - $1,2 \pm 0,06$ мкмоль/1г білка при підвищенні його рівня в еритроцитах - $0,9 \pm 0,11$ МкМSH/1мл ер.маси.

Висновки. Одним з патофізіологічних механізмів дизадаптації організму новонароджених при гіпоксичному ураженні є активація каскаду реакцій ВРО, відповідно до морфофункціональної зрілості дитини. За умов помірної гіпоксії у пологах ступінь ОМБ, активність каталази, рівень церулоплазміну, НS – груп плазми та еритроцитів свідчать про збалансований характер ланок прооксидантної та антиоксидантної систем організму. Тяжкі форми гіпоксичного ураження спричинюють зниження механізмів компенсації організму.

Левицька С.А.

ТОНЗИЛЕКТОМІЯ У ДІТЕЙ З PANDAS-СИНДРОМОМ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. PANDAS-синдром отримав свою назву як акронім від Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections і характеризується швидким розвитком у дитини обсесивно-компульсивних розладів або різноманітних тиків після перенесеної стрептококової інфекції горла, в тому числі скарлатини. В основі розвитку синдрому є ауто-імунна реакція, при котрій антитіла, що виробляються у відповідь на стрептококу інфекцію, вражають нервові клітини. Слід зазначити, що сам синдром описаний не так давно – наприкінці 20-го століття, визнається не всіма дослідниками і поки що не існує в міжнародній класифікації хвороб МКБ-10.

Клінічна діагностика синдрому проводиться відповідно 5 критеріям Swedo, лабораторна – за допомогою діагностичної панелі Cunningham. Проте, серед науковців досі немає одностайної думки щодо прогностичної цінності, чутливості і специфічності діагностичних критеріїв PANDAS. Диференційну діагностику синдрому слід проводити з іншими тиками (синдром Туретта), хоресю Сіденхайма.

Мета дослідження. Аналіз даних щодо ефективності різних методів лікування PANDAS-синдрому, в тому числі, тонзилектомії, а також в аналізі двох власних клінічних випадків.

Матеріали і методи дослідження. Проведений пошук по науко-метричним базам даних PubMed, Cochrane Library, and Scopus, PubMed, PMC з використанням ключових слів «PANDAS» і «treatment».

Результати дослідження. Пошук по вказаних науково-метричних базам із використанням ключових слів дозволив знайти 169 джерел, з котрих умовам дослідження відповідала 71 наукова публікація. Оскільки провідну роль в розвитку PANDAS відіграє стрептококова інфекція горла, логічним було б припустити, що основою лікування синдрому повинні бути заходи, спрямовані на елімінацію вогнища, зокрема тонзилектомія. Проте, в науково-метричній базі PubMed при пошуку за ключовими словами «PANDAS-syndrome» і «tonsillectomy» знайдено всього 6 публікацій. В кожній з них доведена ефективність тонзилектомії при лікуванні дітей із PANDAS.

Під нашим спостереженням було двоє дітей, у котрих згідно з критеріями Swedo можна діагностувати PANDAS-синдром. Вік обох дітей – 8 років, батьки з точністю до дня можуть чітко

вказати початок обсесивно-компульсивних розладів. У хлопчика мали місце нав'язливі кліпання очима, посіпування кінцівок, зміни почерку, девіації поведінки, різке зниження успішності навчання; у дівчинки – тики м'язів. В обох дітей спостерігалися ознаки хронічного тонзиліту і високий титр антистрептолізину О. Хлопчику проведена тонзилектомія, період спостереження після втручання складає 2 роки, батьки дівчинки утрималися від проведення операції.

Висновки. При визначенні лікувальної тактики у дітей із хронічним тонзилітом окрім частоти стрептококових ангін до уваги слід брати наявність інших стрептокок-асоційованих розладів, зокрема PANDAS-синдрому.

Міхєєва Т.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНІТАМИ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Відомо, що вегетативна дисфункція, яка виникла в дитячому чи підлітковому віці, стає несприятливим фоном та передвісником багатьох захворювань. Зокрема всі хронічні захворювання супроводжуються розладами вегетативної нервової системи. Останнім часом значно зросла частота вегетативних дисфункцій, перебіг яких супроводжується функціональними розладами багатьох органів і систем дитячого організму. За даними Київського міського центру вегетативної дисфункції у дітей, тільки за останні роки кількість госпіталізованих хворих із вегетативними порушеннями збільшилася в 3 рази, а в структурі захворювань дитячого віку вони становлять до 20% усієї патології (В.Г. Майданник, 2018). Необхідно підкреслити, що вегетативні розлади у вигляді синдрому трапляються у 25–80 % хворих із різною патологією. Однією із особливостей розладів вегетативної нервової системи є те, що перші ознаки вегетативної дисфункції можуть з'являтися уже в періоді новонародженості (мармуровість шкіри, ціаноз носо-губного трикутника або кінцівок, порушення терморегуляції, відригування, блювання, кишкові кольки, порушення ритму серця або процесів реполяризації на електрокардіограмі). Клінічні прояви цього синдрому активно проявляються і у ранньому дошкільному періоді та максимально - у пубертатному. З віком можна прослідкувати такі прояви вегетативної дисфункції у дітей: у 1-3 роки – у вигляді закрепів або діареї, 3-6 років – епізодичним блюванням, 6-12 років – болями в животі та функціональними розладами шлунково-кишкового тракту, 9-12 років – головним болем, 13-16 років – головним болем, головокружінням, кардіалгіями. У 17-20% дітей вегетативна дисфункція трансформується в подальшому житті у психосоматичні захворювання.

Мета дослідження. Оцінити особливості вегетативного стану у дітей із хронічними гастродуоденітами.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 80 дітей шкільного віку, жителів Чернівецької області та м. Чернівці. Основну групу склали 40 осіб які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні з хронічним гастродуоденітом. До контрольної – входили 40 клінічно здорових школярів. Під час анкетування дітей за допомогою опитувальника Вейна оцінили стан вегетативної нервової системи. Для визначення характеру вегетативної дисфункції із переважанням симпатичного чи парасимпатичного відділів використовували вегетативний індекс Кердо.

Результати дослідження. До основної групи входили діти з хронічними гастродуоденітами, а саме: у 8 дітей (20 %) діагностовано хронічний вогнищевий гастрит, у 12 (30 %) – хронічний поверхневий гастродуоденіт, у 13 (32,5 %) – хронічний ерозивний гастродуоденіт, у 7 (17,5 %) дітей – хронічний гіперпластичний гастродуоденіт. У дітей із контрольної групи була відсутня органічна патологія. При оцінці стану вегетативної нервової системи за допомогою опитувальника Вейна у 32 дітей (80 %) із основної групи спостерігалися прояви вегетативної дисфункції, на відміну від дітей контрольної групи – 4 (10 %), $p < 0,05$. Оцінивши індекс Кердо у дітей із основної групи вірогідно частіше спостерігалось переважання